



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

PERCEÇÃO DA IMPORTÂNCIA DA SAÚDE ORAL POR UM PACIENTE DIABÉTICO

Trabalho submetido por
Inês Margarida Neto dos Santos
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

setembro de 2015



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

PERCEÇÃO DA IMPORTÂNCIA DA SAÚDE ORAL POR UM PACIENTE DIABÉTICO

Trabalho submetido por
Inês Margarida Neto dos Santos
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutora Guilhermina Moutinho

e coorientado por
Prof. Doutora Armanda Amorim

setembro de 2015

Dedicatória

Por serem incansáveis, pela força e apoio constante ao longo destes cinco anos, quero dedicar esta tese aos meus pais, Luís e Ana e à minha irmã Maria Helena. A verdade é que sem eles nada disto seria possível.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer à Prof. Doutora Guilhermina Moutinho, minha orientadora, e à Prof. Doutora Armanda Amorim, minha co-orientadora, pelo apoio imprescindível demonstrado ao longo de todo este caminho percorrido. Desde o início que fico grata por acreditarem neste projeto e contribuírem para o meu crescimento tanto a nível profissional como pessoal. Ao Prof. Doutor Luís Proença pela ajuda na interpretação da análise estatística.

A todos os Professores que contribuíram para a minha formação profissional, agradeço todos os ensinamentos adquiridos.

Ao Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, lugar onde pude concretizar esta investigação, do qual tenho honra de fazer parte do meu percurso académico.

A todos os meus amigos e colegas que sempre me apoiaram incansavelmente e que fizeram parte da minha vida, tanto nos bons como nos maus momentos. Agradeço aqueles que me acompanham desde a minha infância e às amigas que construí nesta faculdade e levo-as comigo para a vida.

Por fim à minha família, a quem devo tudo o que sou. São o meu exemplo e maior orgulho. Ao meu namorado que me apoiou em todos os momentos críticos vividos durante este trabalho. E à minha irmã, que é a pessoa que mais importante na minha vida.

RESUMO

Introdução: A Diabetes *Mellitus* é uma desordem metabólica caracterizada por uma hiperglicemia, resultando da não produção ou de uma produção insuficiente de insulina, da sua ação insuficiente ou de ambas. Esta doença tem um grande impacto na saúde oral, por vezes mesmo que haja um correto controlo da glicemia podem ser observadas determinadas manifestações orais. Nem sempre um paciente diabético tem conhecimento suficiente do impacto da sua doença na saúde oral e vice-versa. É necessário consciencializar a relevância de bons hábitos de higiene de modo a prevenir complicações futuras.

Objetivo: Avaliar os conhecimentos que os pacientes diabéticos têm sobre a saúde oral e se têm conhecimento que diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa.

Materiais e Métodos: Foram selecionados 62 pacientes diagnosticados com Diabetes *Mellitus*, tipo 1 e tipo 2. Foi aplicado um inquérito para avaliação da perceção da importância da saúde oral e a sua influência na diabetes para posterior recolha de dados e respetiva análise estatística.

Resultados e Conclusões: Os resultados obtidos apontam para um avanço na compreensão do impacto negativo que uma má saúde oral pode ter na Diabetes *Mellitus*, e que um mau controlo glicémico também pode afetar negativamente a saúde oral. Parâmetros como a idade, o género, grau de escolaridade e tempo de diagnóstico da doença são relevantes para o conhecimento do paciente diabético face à sua doença e suas manifestações e também para a compreensão da importância de uma boa saúde oral.

Palavras-chave: *diabetes mellitus, saúde oral, autocuidado oral, complicações diabetes*

ABSTRACT

Introduction: Diabetes *Mellitus* is a metabolic disorder characterized by hyperglycemia resulting from non-production or insufficient production of insulin, its insufficient action or both. This disease has a major impact on oral health, sometimes even if a proper glycemic control occurs it can be certain oral manifestations can be observed. A diabetic patient doesn't always have sufficient knowledge of the impact of their disease on oral health and vice-versa. It's vital to raise awareness about the importance of good hygiene habits to prevent future complications.

Objectives: To evaluate the knowledge diabetic patients have concerning oral health and if they are aware that diabetes can compromise oral health and vice versa.

Materials and methods: 62 patients were selected diagnosed with Diabetes *Mellitus*, Type 1 and Type 2. A survey was applied to evaluate the perception of the importance of oral health and its influence on diabetes for further data gathering and respective statistical analysis.

Results and Conclusions: The results point to no improvement in the comprehension of the negative impact that poor oral health can have on Diabetes *Mellitus*, and that poor glycemic control may also negatively affect oral health. Parameters such as age, gender, level of education and disease diagnosis time are relevant to the knowledge of diabetic patients regarding their disease and its manifestations and also to understand the importance of good oral health.

Keywords: *diabetes mellitus, oral health, oral self-care, diabetes complications*

ÍNDICE GERAL

I. Introdução.....	17
1. Enquadramento teórico.....	17
1.1. Diabetes <i>Mellitus</i>	17
1.2. Saúde Oral.....	23
1.3. Influência da Saúde Oral na Diabetes	26
II. Objetivos	31
1. Objetivos.....	31
2. Hipóteses	31
III. Materiais e Métodos	33
1. Métodos de pesquisa bibliográfica	33
2. Considerações éticas.....	33
3. Amostra	33
4. Recolha de dados	33
5. Análise estatística	34
IV. Resultados	35
1. Caracterização da amostra.....	35
1.1. Género	35
1.2. Idade	35
1.3. Grau de escolaridade	35
1.4. Situação Profissional.....	36
1.5. Rendimento Mensal.....	36
2. Saúde Oral	37
2.1. Última visita ao médico dentista	37
2.2. Motivo da visita ao médico dentista.....	37
2.3. Presença de dentes naturais	38
2.4. Perda de dentes, antes ou depois do diagnóstico da diabetes.....	38
2.5. Uso de prótese dentária	39
2.6. Gengivas inflamadas, com dor e/ou a sangramento.....	39

2.7. Condição da boca	39
3. Cuidados de higiene oral	40
3.1. Informação sobre higiene oral.....	40
3.2. Escovagem dos dentes.....	40
3.3. Escovar a língua	41
3.4. Uso de elixir	41
3.5. Uso fio dentário.....	41
3.6. Descrição da higiene oral	42
4. Diabetes	43
4.1. Tempo de diagnóstico	43
4.2. Tratamento	43
4.3. Monitorização da glicemia.....	43
4.4. Diabetes compromete a saúde oral e vice-versa.....	44
5. Perceção da importância da saúde oral dos pacientes diabéticos	45
6. Perceção de que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa.....	48
V. Discussão	53
VI. Conclusão	59
VII. Bibliografia	61

Anexos

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Distribuição dos indivíduos que fizeram parte do estudo por género.....	35
Figura 2 – Distribuição da amostra por idade.....	35
Figura 3 - Grau de Escolaridade dos indivíduos incluídos no estudo	36
Figura 4 – Distribuição da amostra por situação profissional	36
Figura 5 - Rendimento mensal dos indivíduos incluídos no estudo	36
Figura 6 - Importância da saúde oral e género	46
Figura 7 - Importância da saúde oral e grau de escolaridade	47
Figura 8 - Idade e percepção de que a diabetes compromete a saúde oral e vice-versa...	49
Figura 9 - Género e percepção de que a diabetes compromete a saúde oral e vice-versa	50
Figura 10 - Grau de escolaridade e percepção de que a diabetes compromete a saúde oral e vice-versa	51
Figura 11 - Tempo de diagnóstico e percepção de que a diabetes compromete a saúde oral e vice-versa	52

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Valores Laboratoriais para o diagnóstico da Diabetes <i>Mellitus</i> . Adaptado de Kerner & Brückel, 2014	19
Tabela 2 - Valores laboratoriais para o diagnóstico da hiperglicemia intermédia. Adaptado de Kerner & Brückel, 2014.....	20
Tabela 3 - Quando foi a última visita ao médico dentista?	37
Tabela 4 - Motivo da visita.....	37
Tabela 5 - Tem dentes naturais?	38
Tabela 6 – Perdeu os dentes antes ou depois do diagnóstico da diabetes?.....	38
Tabela 7 - Usa prótese dentária?.....	39
Tabela 8 - Alguma vez teve as gengivas inflamadas (avermelhadas), a doer e/ ou a sangrar?.....	39
Tabela 9 - Como avalia a condição da sua boca?	40
Tabela 10 - Considera-se informado sobre higiene oral/saúde oral?.....	40
Tabela 11 -Escova os dentes todos os dias?	41
Tabela 12 - Além de escovar os dentes, escova também a língua?	41
Tabela 13 - Além da pasta de dentes também usa um elixir?.....	41
Tabela 14 - Costuma utilizar o fio dentário?	42
Tabela 15 - Como descreve a sua higiene oral?	42
Tabela 16 - Há quanto tempo é diabético?	43
Tabela 17 - Qual é o tratamento que faz para a diabetes?	43
Tabela 18 - Como monitoriza a sua Glicémia?	44
Tabela 19 - Considera que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa?	44
Tabela 20 - Importância da saúde oral e idade	45
Tabela 21 - Importância da saúde oral e género	46
Tabela 22 - Importância da saúde oral e grau de escolaridade	46
Tabela 23 - Importância da saúde oral e tempo de diagnóstico da diabetes.....	47
Tabela 24 -Idade e percepção de que a diabetes compromete a saúde oral e vice-versa .	48
Tabela 25 -Género e percepção de que a diabetes compromete a saúde oral e vice-versa	49
Tabela 26 - Grau de escolaridade e percepção de que a diabetes compromete a saúde oral e vice-versa	50

Tabela 27 - Tempo de diagnóstico e percepção de que a diabetes compromete a saúde oral e vice-versa	51
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

DM – Diabetes *Mellitus*

HbA1c – Hemoglobina glicosilada

PTGO – Prova de tolerância à glicose oral

AGJ – Anomalia da glicemia em jejum

TDG – Tolerância diminuída à glicose

IDF – *International Diabetes Federation*

ADA – *American Diabetes Association*

OMS – Ordem Mundial de Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

I. Introdução

1. Enquadramento teórico

1.1. Diabetes *Mellitus*

A Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença metabólica caracterizada por uma hiperglicemia (taxa elevada de açúcar no sangue), sendo que esta pode resultar da não produção ou de uma produção insuficiente de insulina, da sua ação insuficiente ou também da junção de ambas. As causas desta perturbação metabólica são múltiplas, sendo que tanto fatores genéticos como ambientais desempenham um papel na sua etiologia. A produção da insulina pode ser diminuída por uma redução das células β do pâncreas e/ou através de perturbações funcionais nas mesmas. A insulina é gerada nas células β dos ilhéus de Langerhans do pâncreas e tem como função metabolizar a glucose, para que depois esta possa ser aproveitada como nossa principal fonte de energia. Também favorece a formação de proteínas, é importante no aproveitamento dos açúcares e gorduras que são os pilares da nossa alimentação e estabelecem as fontes de energia do nosso organismo. A glucose é produto da digestão e transformação dos amidos e dos açúcares que fazem parte da dieta alimentar, para que depois possa ser absorvida, faça parte integrante da circulação sanguínea e possa estar ao dispor das células onde irá ser utilizada. A deficiente capacidade do uso da glucose pelo nosso organismo como principal fonte de energia pode dar origem à diabetes (Gardete Correia, Boavida & Raposo, 2009; Goldenberg & Punthakee, 2013; Kidambi & Patel, 2008; Kuzuya et al., 2002).

A classificação da diabetes baseia-se em processos patogénicos que podem levar à deficiência absoluta ou relativa de insulina, esta classificação determina a presença de quatro tipos clínicos, cada um com distintas causas. São eles a DM tipo 1, DM tipo 2, DM gestacional e outros tipos específicos de diabetes. Esta última categoria é menos frequente e pode-se observar um processo patológico específico, decorrendo assim de defeitos genéticos das células β , defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias diversas e diabetes induzida por químicos ou fármacos (Gardete Correia et al., 2014; Kerner & Brückel, 2014; Kuzuya et al., 2002).

A DM tipo 1 ocorre como resultado da deficiência de insulina devido a lesões destrutivas das células β do pâncreas e geralmente progride para a fase de deficiência absoluta de insulina. Normalmente ocorre em indivíduos jovens, mas pode ocorrer em qualquer idade, por vezes com progressão lenta. É habitualmente mediada por

mecanismos autoimunes, tomando assim o nome de DM tipo 1 auto-imune. Em alguns casos não é viável apontar evidências em relação a um processo auto-imune, denominando-se então de DM tipo 1 idiopática. A administração de insulina é essencial num típico paciente com DM tipo 1. Caso este não receba insulina poderá desenvolver desidratação resultante de uma hiperglicemia severa e cetoacidose (nomeadas vezes a primeira manifestação da DM tipo 1), ambos os sintomas quando não tratados podem conduzir ao coma e morte rápida, sendo a terapia com insulina imprescindível para garantir o bem-estar do indivíduo. Foi registado em Portugal, em 2013, que a DM tipo 1 afetava 0,16 % da população portuguesa entre os 0 e 19 anos (Gardete Correia et al., 2014; Kerner & Brückel, 2014; Kuzuya et al., 2002).

A forma mais frequente da diabetes é a tipo 2, conhecida como a diabetes não-insulino-dependente, sendo caracterizada por uma diminuição da resposta dos tecidos alvo para os níveis normais de insulina circulantes. Para que haja uma resposta adequada dos tecidos alvo, estes exigem níveis mais elevados de insulina do que o normal. O mecanismo para a resistência à insulina ainda não foi completamente caracterizado, sabe-se que ocorrem distúrbios tanto na secreção da insulina como na sua ação. O papel referente a estes dois fatores varia entre indivíduos, sendo que por vezes a ação da insulina é normal, mas a sua secreção é defeituosa. Numa fase pré-diabética o pâncreas é capaz de segregar quantidades superiores de insulina para manter os níveis de glicémia controlados, bem como níveis normais de ácidos gordos para superar a resistência à insulina. No entanto, uma vez que a quantidade de glicose e ácidos gordos continua a aumentar, as células β do pâncreas não conseguem dar uma resposta adequada e não produzem insulina suficiente, contribuindo assim para os critérios de diagnóstico da diabetes tipo 2. A predisposição genética para a DM tipo 2 é ainda mais forte do que a DM tipo 1, sendo que o risco para a descendência de um paciente que apresenta esta doença é de 5 a 10 vezes mais elevada que um paciente que não apresenta diabetes. Normalmente este tipo de diabetes desenvolve-se após a meia-idade, mas pode ocorrer em pessoas mais jovens. A maioria dos doentes são obesos ou foram obesos no passado, não realizam atividades físicas, sendo estes considerados fatores de risco (Kidambi & Patel, 2008; Kuzuya et al., 2002; Marcondes, 2003).

A diabetes gestacional ocorre através de uma hiperglicemia que é diagnosticada pela primeira vez na gravidez, isto é, antes da gravidez esta doença metabólica não era diagnosticada. Habitualmente desaparece quando esta termina (Kerner & Brückel, 2014).

A nível mundial existem cerca de 175 milhões de pessoas com diabetes que não sabem que são portadores da doença, sendo que por vezes é necessário que os sinais de complicações se manifestem para que o diagnóstico seja efetuado. A norma de referência atual para o diagnóstico da diabetes é aplicada através de métodos laboratoriais padronizados onde são obtidos valores para plasma venoso de glucose e HbA1c, não descartando os sintomas principais desta doença, poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (Gardete Correia et al., 2014; Kerner & Brückel, 2014).

Existem vários tipos de testes que determinam o diagnóstico da DM, como é o caso da HbA1c que avalia a percentagem de hemoglobina ligada à glucose sanguínea durante os três meses antecedentes. A glicemia em jejum corresponde à quantidade de glucose no sangue depois de um jejum de 8 a 12 horas. Quando por vezes os valores de glicemia são duvidosos, para um correto diagnóstico pode ser aplicada a prova de tolerância à glucose oral (PTGO). A prova de sobrecarga consiste numa medição da glicemia sanguínea inicial em jejum, depois receber uma sobrecarga de 75g de glucose e 120 minutos após a ingestão medir novamente o nível de glicemia. Pode-se verificar na tabela 1 os valores limite dos quais se considera o paciente diabético (American Diabetes Association, 2014; Gardete Correia et al., 2014; Kerner & Brückel, 2014).

Tabela 1 - Valores Laboratoriais para o diagnóstico da Diabetes *Mellitus*. Adaptado de Kerner & Brückel, 2014

Valores Laboratoriais para o diagnóstico da Diabetes <i>Mellitus</i>	
HbA1c	≥ 6,5%
Glicemia ocasional	≥ 200mg/dl
Glicemia em jejum	≥ 126mg/dl
Glicemia às 2 horas na prova de PTGO com 75g de glucose	≥ 200mg/dl

A DM tipo 1 geralmente é diagnosticada após o início agudo de sintomas que se tornam metabolicamente instáveis e requerem avaliação e tratamento imediato. Por outro lado a DM tipo 2 pode diferir nas manifestações. Na fase de pré-diabetes a glicemia em jejum ou a intolerância à glucose podem ter valores alterados, porém isto não é indicativo que cumpra os critérios de diagnóstico de DM tipo 2. Isto leva a que certas modificações

no estilo de vida, como exercício físico e uma dieta saudável, conduzam a um atraso significativo, ou mesmo um impedimento desta doença e isto faz com que o correto diagnóstico desta condição seja extremamente importante. Quando os níveis de glicose não estão satisfatoriamente altos para indicar um diagnóstico assertivo de diabetes podemos categorizar os indivíduos como portadores de uma hiperglicemia intermédia, isto é, significa que este tipo de pacientes apresentam um risco aumentado para a diabetes. Estes valores podem ser observados na tabela 2 (International Diabetes Federation, 2013; Gross, Silveiro, Camargo, Reichet & Azevedo, 2002; Kidambi & Patel, 2008).

Tabela 2 - Valores laboratoriais para o diagnóstico da hiperglicemia intermédia. Adaptado de Kerner & Brückel, 2014

Valores laboratoriais para o diagnóstico de Hiperglicemia Intermédia	
Anomalia da glicemia em jejum (AGJ)	glicemia em jejum ≥ 110 e < 126 mg/dl
Tolerância diminuída à glicose (TDG)	glicemia às 2 horas na PTGO ≥ 140 e < 200 mg/dl

A DM é uma doença metabólica capaz de atingir todo o organismo, sendo que o aumento crónico da glicose sanguínea leva à disfunção, dano e falência de vários órgãos, podendo afetar vasos sanguíneos, coração, rins, olhos, entre outros. Normalmente as complicações que ocorrem na DM tipo 1 são lesões dos vasos sanguíneos pequenos, ou seja, microvasculares. Na DM tipo 2, tanto microvasculares como macrovasculares, sendo que as últimas são mais frequentes, contribuem para complicações da doença. Dentro das doenças microvasculares podemos ter como exemplos nefropatia, retinopatia e neuropatia. As lesões macrovasculares são responsáveis pela doença coronária, doença cerebral, hipertensão arterial e doença arterial dos membros inferiores. Para além de atingir alterações nos vasos sanguíneos também podem atingir nervos, isto leva a que alterações nervosas em conjunto com problemas de circulação conduzam a infeções nos pés como é o exemplo do pé diabético, que por vezes pode conduzir a amputação. Em Portugal, nos últimos dois anos, o número de amputações dos membros inferiores tem tido um ligeiro aumento, isto leva a que esta complicação seja relevante de precaver. Tanto a nefropatia, como a retinopatia, neuropatia e pé diabéticos são complicações a

longo prazo e resultam de um fraco controlo metabólico do próprio indivíduo ao longo do tempo, no caso de complicações agudas temos a cetoacidose diabética mais prevalente na DM tipo 1. Também para a saúde oral a diabetes pode ser uma ameaça, a doença periodontal está proposta como a sexta complicação desta desordem metabólica. Ao nível da função articular a DM também pode interferir através do aumento da rigidez e perda de flexibilidade das articulações. A disfunção temporomandibular ainda não foi estudada aprofundadamente em pacientes com diabetes, mas dado que todas as articulações são suscetíveis, é um caso de estudo em aberto (Eldarrat, 2011; IDF, 2013; Kidambi & Patel, 2008; Terra, Goulart & Bavaresco, 2010).

Quando se fala em tratamento da DM não se tem como propósito a cura da doença, o objetivo principal é o controlo dos níveis de glicemia para prevenir as suas complicações e para que o indivíduo consiga ter uma vida com mais qualidade. Um controlo rigoroso impede complicações microvasculares tanto na DM tipo 1 como na tipo 2. Quando se trata de complicações macrovasculares é necessário a ajuda de outros métodos para a prevenção ser mais eficaz, como é o caso da supressão do hábito tabágico ou terapias mais agressivas destinadas ao controlo dos níveis de pressão arterial. Desta forma, uma alimentação equilibrada, a prática de exercício físico e uma aprendizagem para a própria gestão da diabetes são a base para o sucesso da terapêutica. Para isto é essencial que o paciente consiga controlar diariamente os seus valores de glicemia através de medições com um glicosímetro (Kidambi & Patel, 2008).

A terapêutica com insulina diária é necessária na DM tipo 1, dado que pode não haver qualquer produção ou verificar-se apenas uma produção residual desta e tem que se simular um ambiente de libertação fisiológica da hormona em questão. Este método envolve tipicamente a injeção subcutânea de insulina. Existe uma variedade de preparações de insulina que podem ser usadas, isto permite tanto ao paciente como ao médico escolher o melhor método tendo em conta vários fatores, como é o caso do custo e flexibilidade. Foram desenvolvidos diversos níveis de ação de insulina, variando entre ação prolongada e ação rápida/ultra-rápida. No caso da DM tipo 2 os antidiabéticos orais são utilizados como primeira linha no tratamento, sendo que são apenas eficientes quando ainda existe alguma função pancreática residual. Quando esta terapêutica juntamente com a terapia nutricional e prática de exercício físico já não são suficientes pode ser necessária a prescrição de insulina (ADA, 2010; Kidambi & Patel, 2008).

Também já é possível um transplante de pâncreas ou então apenas de algumas células β isoladas dos ilhéus de Langerhans para o tratamento da DM tipo 1. Caso esta opção tenha êxito é possível a redução da terapia insulínica ou até a sua eliminação (Kidambi & Patel, 2008; Paty, Koh & Senior, 2013).

A DM é uma doença crónica que afeta qualquer faixa etária em qualquer parte do mundo. Atualmente 382 milhões de pessoas possuem diabetes e prevê-se que em 2035 este valor possa aumentar para 592 milhões. No nosso país, 12,4% dos portugueses possui esta síndrome metabólica e destes, 5,4% não está sequer diagnosticado (IDF, 2013; Gardete Correia et al., 2014).

1.2. Saúde Oral

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a definição de saúde corresponde a “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades” (Cuenca Sala & Baca García, 2013). A saúde oral não é dissociável da saúde geral, dado que a área da saúde abrange as várias rotinas na vida diária de uma pessoa afetando o seu funcionamento (Cadoret & Garcia, 2014; Gomes Pinto, 2013).

Segundo Pimenta Paçô (2014), o conceito de saúde oral “engloba uma cavidade oral livre de dor crónico-oro-facial e de neoplasia da cabeça e pescoço e ausência de lesões que afetem a cavidade oral, os dentes e os tecidos craniofaciais”. Isto leva-nos a perceber que não é apenas um conceito centralizado na cavidade oral em si, mas sim na pessoa como um todo. A ausência de saúde oral tem a capacidade de afetar um indivíduo no seu bem-estar e qualidade de vida, podendo afetá-lo física e psicologicamente (Pires, 2009; Watt, Listl, Peres & Heilmann, 2015).

Para avaliarmos o impacto que certas complicações orais possam ter num indivíduo há que ter em consideração dois aspetos. Primeiramente é importante notar a relação que possa existir entre as manifestações orais e doenças sistémicas, perceber até que ponto estas duas podem estar ligadas. Por outro lado, temos que compreender até que ponto estas complicações estão a afetar o bem-estar geral da pessoa, sendo a saúde oral parte integrante e essencial da saúde geral (Pires, 2009; Watt et al., 2015).

Está comprovado que é necessário aprimorar conhecimentos de saúde oral como pré-requisito imprescindível para se pôr em prática corretos autocuidados orais (Yuen et al., 2009).

É sabido que o conhecimento do que se deve fazer nem sempre se expressa na nossa prática, embora seja sempre necessário para a criação de corretos hábitos de higiene oral o emprego de medidas educativas que conduzam o paciente a uma colaboração com o seu médico dentista e consciencialização dos ensinamentos que lhe foram transmitidos. Um dos objetivos a ser cumprido por parte do paciente é conseguir combater o agente etiológico primordial, que na maior parte das vezes é a placa bacteriana. As metodologias de controlo da placa bacteriana mais eficientes são constituídas por ações mecânicas, como é o caso da escovagem diária dos dentes. Mas este procedimento mecânico possui vários determinantes que influenciam o seu resultado positivo, como é o caso da

motivação do paciente, dos seus conhecimentos face à saúde oral e os seus possíveis benefícios, adequação dos instrumentos utilizados e aptidão. Mas o aspeto mais importante é o que realmente importa é a motivação que o paciente possui para obter os resultados desejáveis. Esta motivação é persuadida por diversas influências que decorrem na vida diária do paciente, como os seus valores e cultura, nível socioeconómico, o ambiente familiar no qual está inserido e também, não menos importante, o ensino e uso de estratégias adequadas por parte do seu médico dentista (Chou et al., 2011; Yuen et al., 2009).

A inexistência ou existência incorreta dos conhecimentos de saúde oral adequados podem conduzir a um fraco autocuidado oral levando a um aumento de complicações orais devido à diabetes, como é o exemplo de interromper a escovagem e uso de fio dentário devido ao sangramento das gengivas durante o hábito de higiene oral, sendo que o que devia ser feito é a realização da escovagem e uso apropriado do fio dentário com uma maior frequência. Estas informações desacertadas contribuem para a formação de impedimentos a uma correta educação da saúde oral, sendo assim imprescindível a consciencialização de corretos hábitos de higiene oral que favoreçam uma boa saúde oral (Chou et al., 2011; Yuen et al., 2009).

A capacidade que os indivíduos têm em obter, processar e compreender as informações acerca da saúde e respetivos serviços e tomar uma posição correta com o objetivo de gerirem a doença e preservarem a sua saúde é chamada de literacia. Nos últimos anos, têm sido efetuados esforços para adaptar este conceito na medicina dentária e consciencializar as pessoas da sua importância. Nem sempre é fácil dado que existe ainda uma grande quantidade de pacientes com baixas capacidades de literacia. É de reter que para além dos fatores biológicos que influenciam o começo e desenvolvimentos das doenças orais ou qualquer outra doença sistémica, também as condições socioeconómicas e educacionais, certas crenças populares, vão influenciar hábitos tanto a nível pessoal, como coletivo. Estes fatores vão levar a um condicionamento do conhecimento da saúde oral, que por sua vez pode levar a comportamentos prejudiciais para a saúde (Sabbahi, Lawrence, Limeback & Rootman, 2009; Unfer & Saliba, 2000).

Para uma melhoria da saúde em geral e qualidade de vida é necessária haver promoção da saúde, mostrando realmente que não basta a ausência de doença para que um estado de saúde esteja presente. Tanto médicos de clínica geral como médicos

dentistas têm que ter em conta o grau de literacia, fatores socioeconómicos, o meio em que o paciente está inserido, entre outros, para que consigam traçar estratégias educativas, que aumentem a adesão à terapêutica. O doente tem que ser consciencializado e educado para que consiga criar hábitos que levem a uma correta saúde oral (Chou et al., 2011; Gomes Pinto, 2013).

Em Portugal, segundo a OMS, existe uma das taxas mais baixas de acesso a cuidados de saúde oral. Subsiste uma grande prevalência de desigualdades no que toca a tratamentos dentários devido ao facto destes serem maioritariamente privados e fora do alcance monetário de uma grande parte dos portugueses. Isto leva a que a visita ao médico dentista só se realize em caso de urgência, onde muitas vezes a prevenção já não faz parte da primeira linha de ação (Pimenta Paço, 2014; Silva, Meneses & Silveira, 2007).

Alterações na saúde oral podem levar a modificações na rotina diária de um indivíduo. Quando existe dor e desconforto podemos ter como resultado, limitações ao nível de certas funções estomatognáticas como a mastigação e a fala. Manifestações orais visíveis podem ser acompanhadas de um desagrado da própria imagem conduzindo a um afastamento da sociedade (Cadoret & Garcia, 2014; Pimenta Paço, 2014).

1.3. Influência da Saúde Oral na Diabetes

A DM é considerada uma doença crônica capaz de atingir diversos órgãos, acabando por afetar também a cavidade oral e as suas estruturas (Krasteva, Panov, Krasteva, Kisselova & Krastev, 2011). Uma saúde oral comprometida representa uma das muitas complicações desta síndrome metabólica, mesmo que exista um bom controle metabólico podem-se observar diversas consequências orais (Esmeili, Ellison & Walsh, 2010).

É necessário ter em consideração as evidências que indicam as consequências que uma má saúde oral tem sobre certas doenças sistêmicas, como é o caso da diabetes, mostrando-nos assim o quanto é importante a atitude de um paciente diabético face à sua saúde oral. No entanto, em todo o mundo têm sido realizados vários estudos que apontam que os pacientes diabéticos não têm conhecimentos suficientes sobre as manifestações orais que ocorrem devido à sua doença. Eldarrat (2011) conduziu um estudo em que demonstra nitidamente que um paciente diabético tem um maior conhecimento sobre complicações sistêmicas (relacionadas com os olhos, rins, entre outros) associadas à diabetes do que sobre complicações associadas à cavidade oral e respetivas estruturas. Pode-se depreender então que os pacientes diabéticos não estão a receber informação suficiente sobre as complicações da saúde oral associada à DM, resultando então numa falta de consciência perante as complicações orais que resultam da sua doença, afetando assim a prevenção e autocuidado oral (Allen, Ziada, O'Halloran, Clerehugh & Allen, 2008; Terra et al., 2010)

Qualquer profissional de saúde, inclusive o médico dentista, deve estar direcionado para a identificação dos sinais e sintomas mais clássicos da DM para que consiga alertar atempadamente o seu paciente para uma devida prevenção da doença (Allen et al., 2008; Bowyer et al., 2011; Terra et al., 2010).

Durante o Congresso Anual Mundial de Odontologia (2007) a World Dental Federation e a International Diabetes Federation chegaram à conclusão que o ponto fulcral para a prevenção da diabetes e promoção da saúde inclui uma cooperação entre médicos dentistas, médicos e Ministério da Saúde (Al-Habashneh, Barghout, Humbert, Khader & Alwaeli, 2010).

São várias as consequências que se observam a nível da cavidade oral, principalmente quando existe um fraco controle dos níveis de glicemia durante um longo

período de tempo, como é o caso de disfunções salivares. Este descontrolo metabólico vai afetar negativamente as glândulas salivares, reduzindo o fluxo e alterando a composição da saliva. Isto leva a que a placa bacteriana se acumule mais rapidamente. A partir daqui podem resultar certas complicações, como é o caso da xerostomia ou hipossalivação (Eldarrat, 2011). Um estudo realizado por Alves, Brandão, Andion, Menezes & Carvalho (2006) mostra que 10 a 30% dos pacientes diabéticos indicam a xerostomia como uma das manifestações orais. Queilites, úlceras, língua fissurada e cárie dentária são manifestações que podem advir da hipossalivação. Outra complicação, mas não tão frequente, é a tumefação da glândula parótida, devido a alterações nas glândulas salivares (Terra et al., 2010).

A doença periodontal é considerada pela OMS como a sexta complicação da DM e a manifestação oral mais prevalente em pacientes com DM tipo 2 (Stanko & Holla, 2014).

Existem evidências científicas que demonstram uma associação bidirecional entre a doença periodontal e a DM. Isto é, um pobre controlo glicémico leva a alterações nas respostas imunológicas e metabólicas do organismo, contribuindo assim para uma alteração dos tecidos periodontais. A doença periodontal por si contribui para um mau controlo glicémico (Al-Maskari, Al-Maskari & Al-Sudairy, 2011; Esmeili et al., 2010).

As razões que levam a hiperglicemia a induzir a doença periodontal ainda não estão compreendidas na totalidade, no entanto existem vários fatores que podem levar a uma suscetibilidade e progressão da destruição dos tecidos periodontais tais como descontrolo metabólico, uma resposta imune deficiente, redução da quimiotaxia de neutrófilos, função reduzida dos fibroblastos, alterações dos vasos sanguíneos, alterações da microflora oral, entre outros (Al-Maskari et al., 2011; Terra et al., 2010).

Tanto na DM tipo 1 como na DM tipo 2 foram relatados casos de maior prevalência de inflamação gengival e periodontite em pacientes diabéticos do que em pacientes não diabéticos com níveis semelhantes de placa bacteriana. Sendo que um maior nível de gengivite foi observada em pacientes diabéticos com um fraco controlo glicémico (Bascones-Martínez, González-Febles & Sanz-Esporrín, 2014; Stanko & Holla, 2014).

A hiperglicemia favorece a suscetibilidade para infeções orais, diminuição e alteração do fluxo salivar, o que leva a alterações nas proteínas antimicrobianas. É comum

que haja um aumento de *Cândida albicans* na flora oral, levando ao aparecimento de infeções fúngicas como a candidíase oral (Souza Bastos et al., 2011; Terra et al., 2010).

Também a síndrome da boca ardente e hipogeusia foram manifestações relatadas por pacientes diabéticos. No caso da diminuição do paladar para além de ser uma consequência da DM, pode ainda levar a uma incapacidade de manter uma dieta adequada, que por sua vez leva a um fraco controlo da glicose (Stanko & Holla, 2014; Terra et al., 2010).

Não tão frequentes mas possíveis complicações da DM são as úlceras orais e estomatites aftosas recorrentes. Estas manifestações podem ter como etiologia a imunossupressão crónica característica da DM tipo 1 ou alterações na resposta imunitária subsequente da DM tipo 2 (Allen et al., 2008; Terra et al., 2010).

Existe ainda alguma controvérsia entre a relação da cárie dentária e a DM. Este tema tem sido submetido a estudos mas ainda não foi identificada nenhuma correlação específica. Na DM tipo 2, tanto a população juvenil como a população adulta geralmente está habituada a um tipo de alimentação calórica e rica em carboidratos, o que torna a sua alimentação baseada em alimentos com um alto poder cariogénico. Isto é verificado dado que uma grande percentagem de diabéticos tipo 2 apresenta obesidade. Já a dieta das crianças com DM tipo 1 limita certos alimentos ricos em carboidratos, não tendo assim uma exposição tão efetiva a alimentos cariogénicos. Mas juntando uma das complicações orais já faladas como a diminuição do fluxo salivar, que já é um fator de risco para a cárie dentária, com uma alimentação cariogénica, é possível que um paciente diabético seja mais propício ao aparecimento da cárie dentária. Contudo, não existe ainda nenhum consenso na literatura que comprove este facto (Lamster, Lalla, Borgnakke & Taylor, 2008; Novotna, Podzimek, Broukal, Lencova & Duskova, 2015).

Por vezes a hiperglicemia pode interferir em certas fases do desenvolvimento dentário das crianças, afetando a formação e erupção dentária, existindo uma possibilidade de defeitos hipoplásicos no esmalte como manifestação oral, embora esta complicação seja pouco frequente (Terra et al., 2010).

Em medicina dentária sabe-se que é necessário ter um cuidado acrescido com os pacientes diabéticos, dado que estes podem vir a ter problemas de cicatrização após atos mais invasivos, como é o caso das extrações dentárias. Contudo, ainda não existem estudos suficientes que comprovem que após um procedimento cirúrgico haja

necessariamente um risco de infecção. As recomendações gerais para um médico dentista indicam que em certos procedimentos orais invasivos, nomeadamente aquando envolvimento de osso, possa ser necessário administração antibiótica profilática (Barasch, Safford, Litaker & Gilbert, 2008; Huang, Dang, Huynh, Sambrook & Goss, 2013).

A DM necessita de estar bem consciencializada tanto no público em geral, como em todos os profissionais de saúde, inclusive médicos dentistas. A saúde oral e geral de um paciente diabético pode ser substancialmente melhorada através dos serviços prestados pelos médicos dentistas e higienistas orais (Lamster et al., 2008).

II. Objetivos

1. Objetivos

Este trabalho de investigação teve como objetivos:

- Avaliar os conhecimentos que os pacientes diabéticos têm sobre a saúde oral;
- Avaliar se os pacientes diabéticos têm conhecimento que diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa.

2. Hipóteses

- Percepção da importância da saúde oral dos pacientes diabéticos

H₁: A percepção da importância da saúde oral depende da idade dos pacientes diabéticos.

H₂: A percepção da importância da saúde oral depende do género dos pacientes diabéticos.

H₃: A percepção da importância da saúde oral depende do grau de escolaridade dos pacientes diabéticos.

H₄: A percepção da importância da saúde oral depende de há quanto tempo o paciente é diabético.

- Percepção de que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa

H₅: A percepção de que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa varia em função da idade dos pacientes diabéticos.

H₆: A percepção de que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa varia em função do género dos pacientes diabéticos.

H₇: A percepção de que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa varia em função do grau de escolaridade dos pacientes diabéticos.

H₈: A percepção de que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa varia em função do tempo de diagnóstico da diabetes.

III. Materiais e Métodos

1. Métodos de pesquisa bibliográfica

A pesquisa bibliográfica desta investigação foi realizada através de motores de busca e bases de dados da Medline/Pubmed, B-on e SciELO. Também foi efetuada uma pesquisa manual em livros existentes na biblioteca do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

Esta pesquisa teve como base as palavras-chave: diabetes *mellitus*, saúde oral, hábitos de higiene oral. Foi limitada a artigos de língua portuguesa, inglesa e espanhola.

2. Considerações éticas

Este estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (Anexo 1).

O objetivo desta investigação foi esclarecido a todos os participantes tanto de forma escrita como de forma verbal. Foi mencionado que a participação era voluntária e que não traria qualquer tipo de prejuízo. Os participantes tinham conhecimento que a informação obtida através dos questionários era anónima e se destinava apenas para tratamento estatístico.

Todos os participantes assinaram um consentimento informado que autorizava a utilização dos dados recolhidos no estudo (Anexo 2).

3. Amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 62 utentes da Clínica Dentária Egas Moniz. Os critérios de inclusão considerados obrigavam a tratar-se de doentes diagnosticados com DM tipo 1 ou tipo 2, sem alterações do foro psicológico e capacidade motora, e que assinassem o consentimento informado. Como critérios de exclusão, foram utilizados o facto de o indivíduo não ser diabético, caso existissem alterações do foro psicológico e capacidade motora e que não assinassem o consentimento informado.

4. Recolha de dados

Para este estudo foram selecionados pacientes da Clínica Dentária Egas Moniz, diagnosticados com DM, tanto tipo 1 como tipo 2. Foi aplicado um inquérito, entre os meses de Maio e Julho de 2015, para avaliação da perceção da importância da

saúde oral e a sua influência na diabetes (Anexo 3) depois de convenientemente explicado ao doente os objetivos deste estudo e este ter aceitado participar, assinando o consentimento informado de maneira a autorizar a utilização dos dados recolhidos. Os doentes foram informados que o estudo era de caráter anónimo e que a qualquer momento poderiam não dar continuidade ao questionário.

5. Análise estatística

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas) e estatística inferencial. O nível de significância para aceitar ou rejeitar a hipótese nula foi fixado em $(\alpha) \leq 0,05$. Utilizou-se o teste t de Student para amostras independentes para testar a hipótese nº 2, pois estava-se a comparar dois grupos e a variável dependente era de tipo quantitativo. A Anova One-Way foi usada para testar a hipótese nº 3, pois estava-se a comparar três grupos e a variável dependente era de tipo quantitativo. Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene. Nos casos em que estes pressupostos não se encontravam satisfeitos foram substituídos pelos testes não-paramétricos alternativos, designadamente o teste de Mann-Whitney ou o teste de Kruskal-Wallis. As hipóteses nº 1 e 4 foram testadas como coeficiente de correlação de Pearson. As hipóteses nº 6 e 8 foram analisadas como teste do Qui-quadrado de independência pois estávamos a relacionar variáveis de tipo qualitativo. O pressuposto do Qui-quadrado de que não deve haver mais do que 20,0% das células com frequências esperadas inferiores a 5 foi analisado. Quando este pressuposto não se encontrava satisfeito usou-se o Qui-quadrado por simulação de Monte-Carlo.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.0 para Windows.

IV. Resultados

1. Caracterização da amostra

1.1. Género

Os dados referem-se a 62 diabéticos (Figura 1). A distribuição por género indicou uma ligeira preponderância de sujeitos do género masculino (52%, $n=32$).

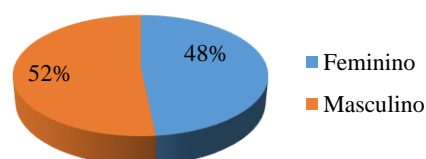


Figura 1- Distribuição dos indivíduos que fizeram parte do estudo por género

1.2. Idade

A média de idade foi de 60,9 anos (DP=13,6 anos), variando entre os 21 e os 86 anos. A maioria encontrava-se no escalão etário 61-70 anos (41,9%) (Figura 2).

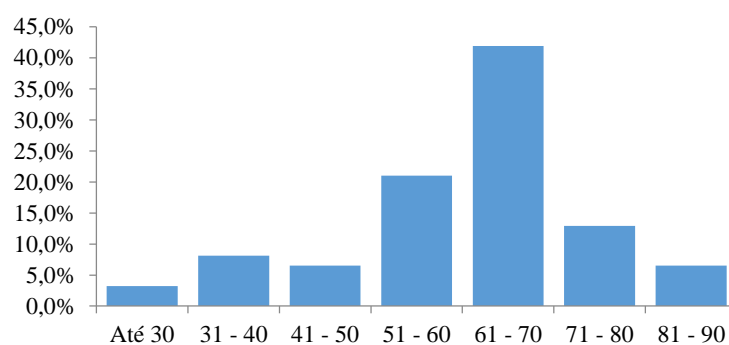


Figura 2 – Distribuição da amostra por idade

1.3. Grau de escolaridade

Em termos de escolaridade, 43,0% dos indivíduos tinham o ensino médio, 39,0% o ensino primário e 18,0% o ensino superior (Figura 3).

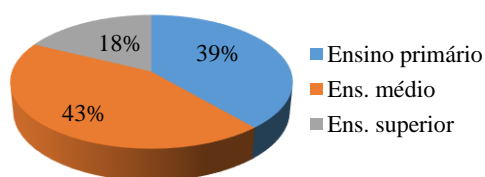


Figura 3 - Grau de Escolaridade dos indivíduos incluídos no estudo

1.4. Situação Profissional

No que se refere à situação profissional (Figura 4), mais de metade dos sujeitos da amostra encontravam-se reformados (58,0%).

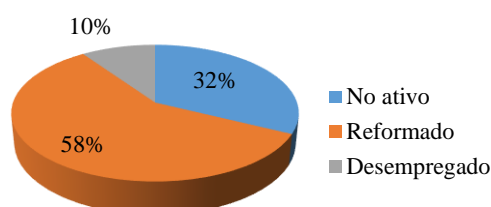


Figura 4 – Distribuição da amostra por situação profissional

1.5. Rendimento Mensal

Por último, relativamente ao rendimento mensal 64,4% auferiam salário superior ao mínimo mensal, 18,6% recebiam abaixo do salário mínimo e 16,9% recebiam o salário mínimo (Figura 5).

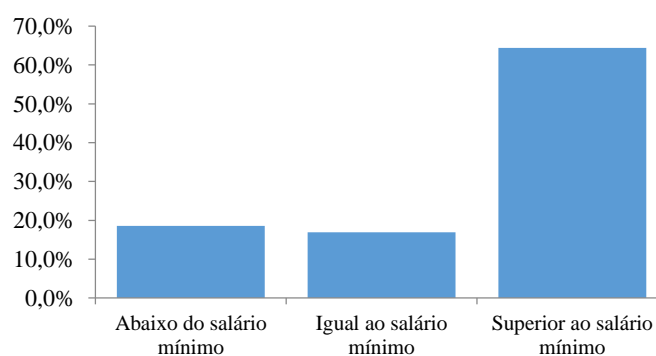


Figura 5 - Rendimento mensal dos indivíduos incluídos no estudo

2. Saúde Oral

2.1. Última visita ao médico dentista

Uma proporção muito elevada indicou que visitou o médico dentista no último ano (80,6%) como se pode verificar na tabela 3.

Tabela 3 - Quando foi a última visita ao médico dentista?

	Frequência	Percentagem
No último ano	50	80,6
Nos últimos dois anos	7	11,3
Nos últimos 5 anos	4	6,5
Não se recorda	1	1,6
Total	62	100,0

2.2. Motivo da visita ao médico dentista

Na tabela 4 pode-se verificar que os motivos da última visita ao médico dentista prendiam-se com revisão (61,3%), tratamento de urgência (22,6%) ou tratamento de rotina (16,1%).

Tabela 4 - Motivo da visita

	Frequência	Percentagem
Revisão	38	61,3
Tratamentos de rotina	10	16,1
Tratamentos de urgência	14	22,6
Total	62	100,0

2.3. Presença de dentes naturais

Verifica-se na tabela 5 que 8,1% dos indivíduos indicaram que tinham todos os dentes naturais. A maioria indicou que só tinha alguns (88,7%).

Tabela 5 - Tem dentes naturais?

	Frequência	Percentagem
Sim, todos	5	8,1
Sim, alguns	55	88,7
Não	2	3,2
Total	62	100,0

2.4. Perda de dentes, antes ou depois do diagnóstico da diabetes

Uma proporção muito elevada indicou que perdeu os dentes antes do diagnóstico da diabetes (91,2%), como se pode verificar na tabela 6.

Tabela 6 – Perdeu os dentes antes ou depois do diagnóstico da diabetes?

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Antes do diagnóstico da diabetes	52	83,9	91,2
Depois do diagnóstico da diabetes	1	1,6	1,8
Não me recordo	4	6,5	7,0
Total	57	91,9	100,0
Omissos*	5	8,1	
Total	62	100,0	

*A frequência de omissos foi 5, dado que foi este o número de indivíduos que apresentava todos os dentes.

2.5. Uso de prótese dentária

Um pouco mais de metade da amostra indicou que não usava prótese dentária (51,6%) (Tabela 7).

Tabela 7 - Usa prótese dentária?

	Frequência	Porcentagem
Sim	30	48,4
Não	32	51,6
Total	62	100,0

2.6. Gengivas inflamadas, com dor e/ou a sangramento

16,4% dos indivíduos indicaram que nunca tiveram as gengivas inflamadas (avermelhadas), a doer e/ ou a sangrar. A maioria, 68,9%, indicou que já as teve, às vezes (Tabela 8).

Tabela 8 - Alguma vez teve as gengivas inflamadas (avermelhadas), a doer e/ ou a sangrar?

	Frequência	Porcentagem
Não	10	16,1
Sim, às vezes	42	67,7
Sim, quase sempre	9	14,5
Sim, sempre	1	1,6
Total	62	100,0

2.7. Condição da boca

Um pouco mais de metade dos sujeitos avaliou a condição da sua boca como sendo fraca (51,6%), 38,7% afirmou que era boa e 6,5% que era muito fraca (Tabela 9).

Tabela 9 - Como avalia a condição da sua boca?

	Frequência	Porcentagem
Muito boa	2	3,2
Boa	24	38,7
Fraca	32	51,6
Muito fraca	4	6,5
Total	62	100,0

3. Cuidados de higiene oral

3.1. Informação sobre higiene oral

Cerca de 60,0% dos indivíduos consideraram-se razoavelmente informados sobre higiene oral/saúde oral (Tabela 10).

Tabela 10 - Considera-se informado sobre higiene oral/saúde oral?

	Frequência	Porcentagem
Pouco	13	21,0
Razoável	37	59,7
Muito	12	19,4
Total	62	100,0

3.2. Escovagem dos dentes

Uma percentagem muito elevada indicou que escovava os dentes todos os dias (88,7%) e 11,3% indicou que não o fazia todos os dias (Tabela 11).

Tabela 11 -Escova os dentes todos os dias?

	Frequência	Percentagem
Não	7	11,3
Sim	55	88,7
Total	62	100,0

3.3. Escovar a língua

Como se pode verificar na tabela 12, 21,0% afirmou que escovava também a língua.

Tabela 12 - Além de escovar os dentes, escova também a língua?

	Frequência	Percentagem
Não	49	79,0
Sim	13	21,0
Total	62	100,0

3.4. Uso de elixir

A utilização de elixir foi afirmada por 67,7% dos inquiridos (Tabela 13).

Tabela 13 - Além da pasta de dentes também usa um elixir?

	Frequência	Percentagem
Não	20	32,3
Sim	42	67,7
Total	62	100,0

3.5. Uso fio dentário

Como se pode verificar na tabela 14, a utilização do fio dentário não foi uma prática diária ou esporádica para 74,2% dos inquiridos. Os restantes ou utilizavam-no diariamente (4,8%) ou às vezes (21,0%).

Tabela 14 - Costuma utilizar o fio dentário?

	Frequência	Percentagem
Não	46	74,2
Sim, às vezes	13	21,0
Sim, diariamente	3	4,8
Total	62	100,0

3.6. Descrição da higiene oral

Pode-se observar na tabela 15 que 6,5% consideraram ou descreveram a sua higiene oral como sendo má. A maioria considerou-a como razoável (64,5%).

Tabela 15 - Como descreve a sua higiene oral?

	Frequência	Percentagem
Má	4	6,5
Razoável	40	64,5
Boa	16	25,8
Muito boa	2	3,2
Total	62	100,0

4. Diabetes

4.1. Tempo de diagnóstico

Em termos médios os diabéticos foram diagnosticados como tal há 7,1 anos ($D_p = 6,4$ anos). O tempo mínimo de diagnóstico foi de 1 ano e o máximo de 30 anos (Tabela 16).

Tabela 16 - Há quanto tempo é diabético?

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Tempo diagnóstico	62	1	30	8,13	6,464

4.2. Tratamento

71,0% dos inquiridos indicou o antidiabético oral como o tratamento que estão a fazer para a diabetes (Tabela 17).

Tabela 17 - Qual é o tratamento que faz para a diabetes?

	Frequência	Percentagem
Dieta e exercício físico sem recurso a fármacos	10	16,1
Insulina	5	8,1
Antidiabético oral	44	71,0
Antidiabético oral e insulina	3	4,8
Total	62	100,0

4.3. Monitorização da glicemia

A maioria (48,4%) monitorizou a glicemia diariamente com glicofitas ou com glucómetros portáteis e regularmente avaliação laboratorial da glicemia, e 40,3% apenas diariamente com glucómetros portáteis (Tabela 18).

Tabela 18 - Como monitoriza a sua Glicémia?

	Frequência	Percentagem
Apenas diariamente com glucómetros portáteis	25	40,3
Diariamente com glicofitas ou com glucómetros portáteis e regularmente avaliação laboratorial da glicémia	30	48,4
Diariamente com glicofitas ou com glucómetros portáteis e regularmente avaliação laboratorial da glicémia e da HbA	7	11,3
Total	62	100,0

4.4. Diabetes compromete a saúde oral e vice-versa

Uma percentagem bastante elevada (82,3%) considerou que a diabetes compromete a saúde oral e vice-versa, 12,9% não sabia se existia comprometimento ou não e 4,8% julgou que não havia uma relação entre a diabetes e a saúde oral e vice-versa (Tabela 19),

Tabela 19 - Considera que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa?

	Frequência	Percentagem
Sim	51	82,3
Não	3	4,8
Não sabe	8	12,9
Total	62	100,0

5. Percepção da importância da saúde oral dos pacientes diabéticos

Para avaliação da percepção da importância da saúde oral dos pacientes diabéticos utilizaram-se as perguntas 14, 15, 16, 17, 18 e 19 do questionário (Anexo 3), atribuindo pontuações às respetivas respostas consoante os conhecimentos e aplicação correta de hábitos de higiene oral. Foi realizada a soma dos valores conseguidos em cada questão, obtendo assim um indicador da percepção da saúde oral, que podia variar entre 0 e 11. Posto isto, foi realizada uma comparação entre idade, género, grau de escolaridade e tempo de diagnóstico da doença dos pacientes diabéticos.

A percepção da importância da saúde oral depende da idade dos pacientes diabéticos

Sendo o coeficiente de correlação de *pearson* -0,320, verificou-se que quanto maior era a idade dos pacientes diabéticos menor era a percepção da importância da saúde oral. Isto deveu-se ao facto de se obter um valor negativo, o qual indica que quando uma variável aumenta, a outra diminui. A correlação entre a percepção da importância da saúde oral e a idade dos pacientes diabéticos além de negativa é também significativa (Tabela 20).

Tabela 20 - Importância da saúde oral e idade

		Higiene oral
<i>Pearson Correlation</i>		-0,320*
Idade	Sig. (2-tailed)	0,011
	N	62
* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$		

A percepção da importância da saúde oral depende do género dos pacientes diabéticos

A percepção da importância da saúde oral foi mais elevada diabéticos do género masculino (5,41 vs 5,23) embora a diferença não fosse estatisticamente significativa, $t(60) = -0,337$, $p = 0,738$ (Figura 6 e Tabela 21).

Tabela 21 - Importância da saúde oral e género

	Feminino		Masculino		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Saúde oral	5,23	1,75	5,41	2,24	0,738

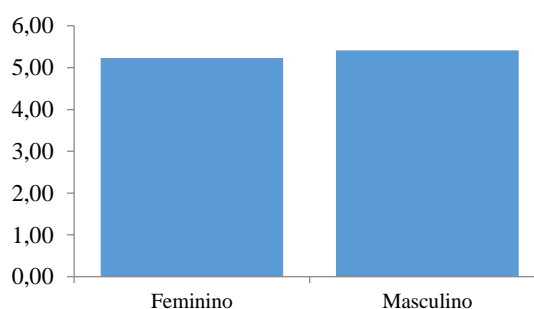


Figura 6 - Importância da saúde oral e género

A percepção da importância da saúde oral depende do grau de escolaridade dos pacientes diabéticos

$\chi^2_{KW}(2) = 8,221$, $p = 0,016$, o teste de comparação múltipla a posterior indicou-nos que as diferenças se encontram entre os diabéticos com o ensino primário e os com o ensino superior, sendo que nestes a percepção da importância da saúde oral foi significativamente mais elevada (6,73 vs 4,79) (Figura 7 e Tabela 22).

Tabela 22 - Importância da saúde oral e grau de escolaridade

	Ensino primário		Ens. médio		Ens. superior		Sig.
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
Saúde oral	4,79	1,44	5,22	2,35	6,73	1,55	0,016*

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

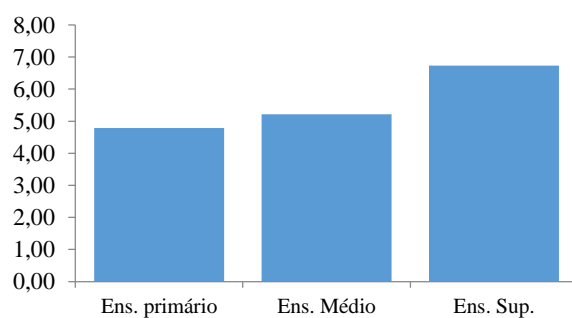


Figura 7 - Importância da saúde oral e grau de escolaridade

A percepção da importância da saúde oral depende de há quanto tempo o paciente é diabético

A correlação entre a percepção da importância da saúde oral e o tempo de diagnóstico da diabetes não foi estatisticamente significativa (Tabela 23).

Tabela 23 - Importância da saúde oral e tempo de diagnóstico da diabetes

		Higiene oral
<i>Pearson Correlation</i>		-0,149
Tempo	Sig. (2-tailed)	0,249
	N	62

6. Percepção de que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa

Para avaliação da percepção de que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa utilizou-se a pergunta 23 do questionário (Anexo 3), atribuindo pontuações às respectivas respostas consoante a consciência do paciente diabético de que a diabetes e a saúde oral estavam inter-relacionadas. Realizou-se uma comparação entre idade, género, grau de escolaridade e tempo de diagnóstico da doença dos pacientes diabéticos.

A percepção de que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa varia em função da idade dos pacientes diabéticos

A opinião de que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa foi mais elevada nos sujeitos com 60-65 anos e mais baixa nos com mais de 65 anos (90,0% vs 69,6%), embora a diferença não fosse estatisticamente significativa, $\chi^2(4) = 4,787$, $p = 0,315$ (Figura 8 e Tabela 24).

Tabela 24 -Idade e percepção de que a diabetes compromete a saúde oral e vice-versa

Idade		Compromete saúde oral			Total
		Não sabe	Não	Sim	
Até 59 anos	Frequência	2	0	17	19
	% Idade	10,5%	0,0%	89,5%	100,0%
	% compromete...	25,0%	0,0%	33,3%	30,6%
	% do total	3,2%	0,0%	27,4%	30,6%
60 – 65 anos	Frequência	1	1	18	20
	% Idade	5,0%	5,0%	90,0%	100,0%
	% compromete...	12,5%	33,3%	35,3%	32,3%
	% do total	1,6%	1,6%	29,0%	32,3%
> 65 anos	Frequência	5	2	16	23
	% Idade	21,7%	8,7%	69,6%	100,0%
	% compromete...	62,5%	66,7%	31,4%	37,1%
	% do total	8,1%	3,2%	25,8%	37,1%
Total	Frequência	8	3	51	62
	% Idade	12,9%	4,8%	82,3%	100,0%
	% compromete...	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	12,9%	4,8%	82,3%	100,0%

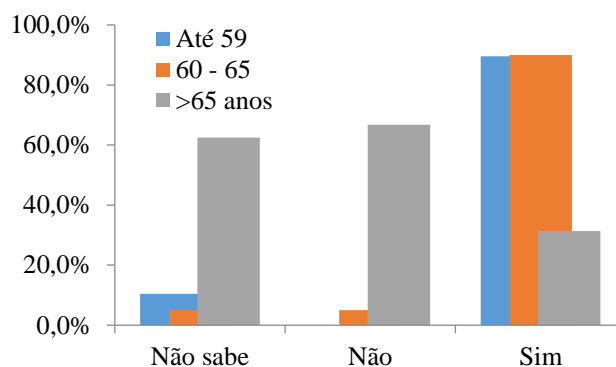


Figura 8 - Idade e percepção de que a diabetes compromete a saúde oral e vice-versa

A percepção de que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa varia em função do género dos pacientes diabéticos

A opinião de que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa foi relativamente semelhante em ambos os géneros, $\chi^2(2) = 0,289$, $p = 0,866$ (Figura 9 e Tabela 25).

Tabela 25 - Género e percepção de que a diabetes compromete a saúde oral e vice-versa

Género		Compromete saúde oral			Total
		Não sabe	Não	Sim	
Feminino	Frequência	4	1	25	30
	% Género	13,3%	3,3%	83,3%	100,0%
	% compromete...	50,0%	33,3%	49,0%	48,4%
	% do total	6,5%	1,6%	40,3%	48,4%
Masculino	Frequência	4	2	26	32
	% Género	12,5%	6,2%	81,2%	100,0%
	% compromete...	50,0%	66,7%	51,0%	51,6%
	% do total	6,5%	3,2%	41,9%	51,6%
Total	Frequência	8	3	51	62
	% Género	12,9%	4,8%	82,3%	100,0%
	% compromete...	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	12,9%	4,8%	82,3%	100,0%

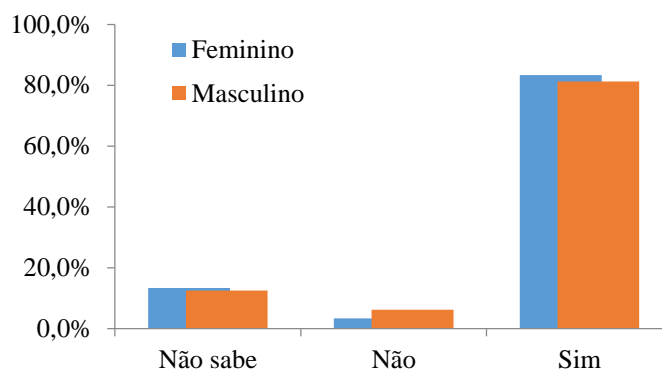


Figura 9 - Género e percepção de que a diabetes compromete a saúde oral e vice-versa

A percepção de que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa varia em função do grau de escolaridade dos pacientes diabéticos

A opinião de que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa foi mais elevada nos sujeitos com o ensino médio e mais baixa nos com o ensino primário (88,9% vs 75,0%), embora a diferença não fosse estatisticamente significativa, $\chi^2(4) = 2,641$, $p = 0,634$ (Figura 10 e Tabela 26).

Tabela 26 - Grau de escolaridade e percepção de que a diabetes compromete a saúde oral e vice-versa

Escolaridade		Compromete saúde oral			Total
		Não sabe	Não	Sim	
Ensino primário	Frequência	4	2	18	24
	% escolaridade	16,7%	8,3%	75,0%	100,0%
	% compromete...	50,0%	66,7%	35,3%	38,7%
	% do total	6,5%	3,2%	29,0%	38,7%
Ens. médio	Frequência	2	1	24	27
	% escolaridade	7,4%	3,7%	88,9%	100,0%
	% compromete...	25,0%	33,3%	47,1%	43,5%
	% do total	3,2%	1,6%	38,7%	43,5%
Ens. superior	Frequência	2	0	9	11
	% escolaridade	18,2%	0,0%	81,8%	100,0%
	% compromete...	25,0%	0,0%	17,6%	17,7%
	% do total	3,2%	0,0%	14,5%	17,7%
Total	Frequência	8	3	51	62
	% escolaridade	12,9%	4,8%	82,3%	100,0%
	% compromete...	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	12,9%	4,8%	82,3%	100,0%

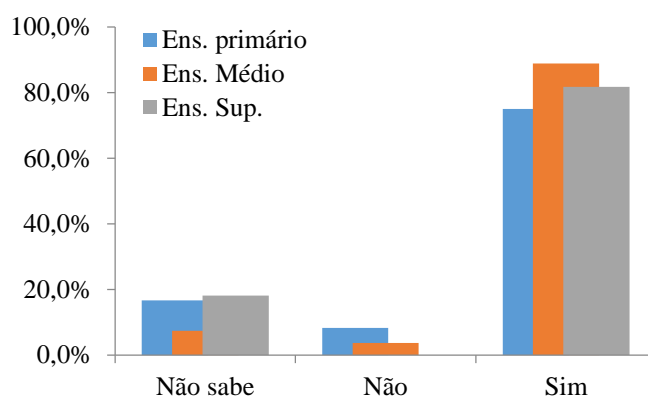


Figura 10 - Grau de escolaridade e percepção de que a diabetes compromete a saúde oral e vice-versa

A percepção de que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa varia em função do tempo de diagnóstico da diabetes.

A opinião de que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa foi mais elevada nos sujeitos com menos de 5 anos de tempo de diagnóstico e mais baixa nos indivíduos com 5-10 anos de tempo de diagnóstico (82,6% vs 81,8%), embora a diferença não fosse estatisticamente significativa, $\chi^2(4) = 0,081$, $p = 0,999$ (Figura 11 e Tabela 27).

Tabela 27 - Tempo de diagnóstico e percepção de que a diabetes compromete a saúde oral e vice-versa

Tempo de diagnóstico		Compromete saúde oral			Total
		Não sabe	Não	Sim	
< 5 anos	Frequência	3	1	19	23
	% Diagnóstico	13,0%	4,3%	82,6%	100,0%
	% compromete...	37,5%	33,3%	37,3%	37,1%
	% do total	4,8%	1,6%	30,6%	37,1%
5 – 10 anos	Frequência	3	1	18	22
	% Diagnóstico	13,6%	4,5%	81,8%	100,0%
	% compromete...	37,5%	33,3%	35,3%	35,5%
	% do total	4,8%	1,6%	29,0%	35,5%
> 10 anos	Frequência	2	1	14	17
	% Diagnóstico	11,8%	5,9%	82,4%	100,0%
	% compromete...	25,0%	33,3%	27,5%	27,4%
	% do total	3,2%	1,6%	22,6%	27,4%
Total	Frequência	8	3	51	62
	% Diagnóstico	12,9%	4,8%	82,3%	100,0%
	% compromete...	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	12,9%	4,8%	82,3%	100,0%

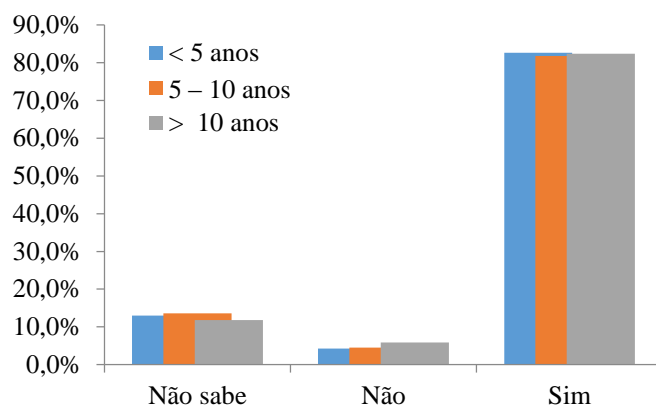


Figura 11 - Tempo de diagnóstico e percepção de que a diabetes compromete a saúde oral e vice-versa

V. Discussão

Este estudo teve como objetivo principal avaliar os conhecimentos que os pacientes diabéticos têm sobre a saúde oral e se estes têm conhecimento que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa.

O facto de a amostra ser limitada a 62 pacientes da Clínica Dentária Egas Moniz diagnosticados com DM, tipo 1 e tipo 2, levou a um condicionamento da análise estatística, representando uma das limitações do estudo. Para se conseguir alcançar um resultado estatisticamente mais relevante será desejável que em estudos posteriores a amostra inclua um maior número de participantes.

É de notar também que as “mentiras” na relação entre médico-paciente são bastante comuns. Por vezes os pacientes atenuam, ou exageram, ou chegam mesmo a omitir os seus sintomas para evitarem problemas a nível clínico de maiores dimensões. Estas “mentiras” têm como objetivo evitar efeitos negativos, esconder a vergonha dos seus problemas ou mesmo para uma melhor aceitação social (Palmieri & Stern, 2009), sendo esta outra das limitações desta investigação.

Entre os 62 pacientes diabéticos existiu uma ligeira preponderância no género masculino (52%), em relação ao género feminino (48%). Isto vai de encontro aos números apresentados por Gardete Correia et al. (2014), que mostrou que em Portugal existia uma diferença estatisticamente significativa na prevalência desta doença no género masculino ao invés do feminino.

A média de idades foi de 60,9 anos, sendo que a maioria da amostra tinha uma idade compreendida entre 61 e 70 anos, que está de acordo com o facto da maioria dos pacientes que respondeu ao questionário ser portador de DM tipo 2 e que segundo a ADA (2014) se desenvolve maioritariamente após a meia-idade e que afeta 90-95% da diabetes no geral.

Em relação à situação profissional, mais de metade dos indivíduos encontravam-se reformados (58%), o que vai de encontro à média de idades presente na amostra. 64,4% auferia um salário superior ao mínimo mensal, enquanto que 35,5% recebia um salário equivalente ao mínimo ou abaixo.

Quando analisamos os números correspondentes ao grau de escolaridade percebemos que 43% possuía o ensino médio, 39% o ensino primário e apenas 18% o

ensino superior. Estes valores remetem-nos para uma comparação semelhante aos dados obtidos pelos Censos (2011), que mostraram que apenas uma ínfima porção da população portuguesa possui o ensino superior completo e que o grau de instrução mais obtido pelos portugueses corresponde ao ensino básico 1º ciclo.

Os dados presentes neste estudo mostraram que uma proporção muito elevada, correspondente a 80,6% dos indivíduos, visitou o médico dentista no último ano. Estas percentagens tão elevadas não coincidem com um estudo realizado por Eldarrat (2011), que mostra que aproximadamente metade dos participantes, também diabéticos, não se deslocaram a nenhuma clínica dentária no último ano e aqueles que se dirigiram foi devido a dor ou desconforto de uma situação momentânea. Esta diferença de dados pode dever-se ao facto da população-alvo do estudo de Eldarrat (2011) ser proveniente dos Estados Emirados Unidos onde são notórias certas diferenças culturais e sociais não tanto observadas em Portugal. Já no Reino Unido, país mais semelhante ao nosso, Bakhshandeh, Murtomaa, Vehkalahti, Mofid & Suomalainen (2008) relataram que 47% dos diabéticos visitou o médico dentista no último ano. Outra das razões para os resultados obtidos serem discrepantes do estudo realizado por Eldarrat (2011) pode ser simplesmente o facto da resposta do paciente não corresponder totalmente à verdade, que desta forma tenta mostrar uma preocupação em relação aos cuidados de saúde oral, transmitindo assim uma assiduidade positiva ao consultório dentário.

As pessoas procuram assistência médica mais no caso de situações agudas do que para um *check-up* de rotina (Pace, Ochoa-Vigo, Caliri & Fernandes, 2006). Neste estudo verificou-se que 61,3 % indicou revisão como motivo da última visita ao médico dentista e apenas 22,6% como urgência. Isto pode dever-se ao facto de como já tinha sido mencionado anteriormente, que as mentiras na relação médico-paciente são muito comuns e os pacientes por vezes omitem ou modificam certas informações para iludir uma situação de bem-estar (Palmieri & Stern, 2009).

Tem vindo a ser mencionado na literatura científica uma estreita associação entre a DM e o edentulismo precoce (Moore, Orchard, Guggenheimer & Weyant, 2000). Neste estudo é de notar que 88,7% apresentava uma ausência parcial dos dentes, 3,2% era desdentado total e apenas 8,1% da amostra possuía todos os dentes. Referente à reabilitação oral, pouco mais de metade da amostra indicou que não usava prótese dentária (51,6%). Segundo Eldarrat (2011), o edentulismo priva os benefícios que uma

alimentação saudável pode oferecer, o que por sua vez vai gerar um impacto negativo no controlo da glicemia do paciente.

Esta perda acentuada dos dentes pode ter uma etiologia múltipla, sendo que as duas maiores causas responsáveis pela perda dentária são a cárie dentária e doença periodontal (Côrte-Real, Figueiral & Reis Campos, 2011). A doença periodontal é responsável pela destruição dos tecidos suporte dos dentes, tendo como consequência final a sua perda (Chapple & Genco, 2013). É considerada a sexta complicação da diabetes, havendo entre elas uma relação bidirecional, a diabetes aumenta o risco de periodontite e a doença periodontal tem um impacto negativo no controlo glicémico (Bascones-Martínez et al., 2014; Preshaw et al., 2011).

É importante salientar neste estudo que apenas 16,4% dos indivíduos indicou que nunca teve as gengivas inflamadas (avermelhadas), a doer e/ ou a sangrar. Já a maioria (68,9%) referiu que já tinha tido essas manifestações às vezes. 14,8% referiu que quase sempre tem as gengivas inflamadas. Também noutra investigação realizada por Mendes Silva (2006), a prevalência de gengivite observada nos pacientes diabéticos foi de 88,7%, o que vai de encontro aos resultados obtidos.

Uma grande parte dos pacientes com DM tipo 2 desconhece a existência da sua doença até os sintomas se começarem a manifestar com maior ênfase (IDF, 2013), isso pode explicar o porquê de uma proporção elevada (91,2%) dos pacientes diabéticos neste estudo ter referido que perdeu os seus dentes antes do diagnóstico da diabetes.

Normalmente os doentes diabéticos só recebem instruções sobre o próprio conhecimento da sua doença e suas complicações após o diagnóstico ser feito (Murata et al., 2003). Após o fornecimento destas informações é de esperar que o doente tenha consciência das complicações da sua doença e tome atitudes positivas e preventivas face aos problemas que podem aparecer.

Em relação à perceção do paciente diabético face à condição da sua boca, um pouco mais de metade (51,6%) considerou-a fraca, 38,7 % avaliou-a como boa e 6,5% como muito fraca. Isto pode dever-se ao facto de haver uma grande percentagem de edentulismo (88,7%), que por sua vez dentro dos desdentados parciais e totais 51,6% não utilizava qualquer tipo de prótese dentária, tendo assim como resultado uma função e estética afetada. Não esquecendo também que 68,9 % considerou que já teve às vezes e 14,8 % quase sempre as gengivas inflamadas, levando a uma sensação de desconforto.

Constatou-se que 59,7% dos pacientes diabéticos consideravam-se razoavelmente informados sobre a higiene oral e apenas 21% um pouco. A maioria (64,5%) também descreveu a sua higiene oral como razoável enquanto 6,5% como má. Isto pode ser explicado através de certos fatores, como a idade (média de 60,9anos), baixo nível de escolaridade (39% apresentava o ensino primário e 43% o ensino médio), observados na amostra, o que podem tornar complexa a aprendizagem dos cuidados orais.

Em relação à escovagem dos dentes 88,7% afirmou que escovava todos os dias, enquanto os restantes 11,3% não tinham por hábito escovar os dentes diariamente. Num estudo efetuado por Eldarrat (2011), 19% dos pacientes diabéticos também não escovavam os dentes diariamente, o que se compara aos resultados obtidos.

Para além da escovagem dos dentes existem outros cuidados a ter na higiene oral. Neste estudo verificou-se que apenas 21% da amostra escovava também a língua, 67,7% usava elixir e 74,2% não tinha como prática comum o uso de fio dentário. Eldarrat (2011) também mencionou no seu estudo que mais de metade dos pacientes diabéticos não tinham como hábito o uso do fio dentário.

Quanto ao tempo de diagnóstico da diabetes, este variou entre 1 e 30 anos, e uma média de 7,1 anos. Como a maioria da amostra foi constituída por DM tipo 2, não é possível definir com precisão o início da doença e consequentemente o diagnóstico não é tão exato.

O tipo de tratamento mais utilizado correspondeu ao antidiabético oral (71%) e o menos utilizado à insulina (8,1%). Podemos comparar estes dados com os valores obtidos no estudo de Faria (2008), em que somente 8,7% dos indivíduos utilizava a insulina como terapêutica medicamentosa, enquanto 26,1% tomavam antidiabético oral. Para a monitorização da glicemia cerca de metade dos indivíduos (48,4%) fazia o controlo através de um glucómetro portátil e regularmente a avaliação laboratorial da glicemia.

Neste estudo verificou-se que uma grande percentagem dos pacientes diabéticos (82,3%) considerava que a diabetes podia comprometer a saúde oral e vice-versa, 4,8% não associava a diabetes à saúde oral e 12,9% não sabia se existia algum comprometimento entre ambas. Também Gil, Haddad & Guariente (2008) constataram que atualmente os pacientes diabéticos tinham uma maior percepção da sua doença e quais os cuidados a ter, isto devido a um aumento e crescimento de ações educativas que proporcionaram uma melhor consciencialização da importância dos cuidados a ter de

modo a prevenir certas complicações. Por outro lado, Allen et al. (2008) verificou que os diabéticos tinham um conhecimento limitado em relação ao impacto que uma má saúde oral possa ter na saúde em geral. Eldarrat (2011) mostrou no seu estudo que os diabéticos tinham um maior conhecimento sobre as complicações que podem advir de doenças sistêmicas associadas à DM, do que propriamente a manifestações orais que decorram por intermédio da diabetes.

Existem vários fatores que determinam os conhecimentos da saúde oral, sendo um deles o género do indivíduo e a idade. Segundo Murata et al. (2003) as mulheres e os indivíduos mais jovens tinham alguns fatores a favor que estimulavam um maior interesse e uma melhor aprendizagem, como o fato de se adaptarem melhor a diferentes situações, serem mais motivados e controlados. Em relação ao fator idade foi verificado neste estudo que quanto maior a idade dos pacientes diabéticos menor a percepção de importância da saúde oral. No caso da segunda variável estudada nesta investigação, percepção de que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa, verificou-se a mesma situação. Os pacientes diabéticos com mais de 59 anos (89,5%) e entre os 60-65 anos (90%) tinham uma maior consciência do impacto da diabetes na saúde oral e vice-versa, já na faixa etária que corresponde a mais de 65 anos essa percepção já se encontrava mais reduzida (69,6%).

Noutro estudo realizado por Unfer & Saliba (2000) foi registado um predomínio do género feminino face ao masculino na utilização de serviços de saúde, o que torna a mulher como principal elemento ativo na sua família no que diz respeito à saúde, sendo esta mais consciencializada da importância da saúde para uma melhor qualidade de vida. No entanto, neste estudo verificou-se que a percepção da importância da saúde oral é mais elevada no sexo masculino (5,41 vs 5,23), embora não seja estatisticamente significativa. Isto pode ser explicado devido ao papel da mulher na sociedade e no campo familiar ter vindo a modificar-se ao longo do tempo. Já não estamos perante aquele modelo de família tradicional, atualmente o homem e a mulher procuram repartir as suas funções, sendo que já não existe uma tendência clara na prevalência de maior conhecimento sobre cuidados de saúde no género feminino comparativamente ao masculino. Quando se avaliou a percepção de que a diabetes pode comprometer a saúde oral e a saúde oral a diabetes, a opinião foi semelhante em ambos os géneros, 40,3% dos pacientes diabéticos do género feminino e 41,9% do género masculino associaram a diabetes à saúde oral e vice-versa.

Quando o grau de escolaridade é baixo certas aptidões como a leitura, compreensão e escrita podem estar comprometidas, que por sua vez podem limitar o processo de aprendizagem. Isto pode influenciar nos autocuidados orais, a prevenção não é considerada como medida a tomar e a busca de cuidados médicos não entra nas prioridades. A soma de todos estes fatores pode desencadear outras complicações que por vezes um cuidado redobrado no controlo e prevenção da saúde podiam impedir (Pace et al., 2006). Foi constatado neste estudo que a percepção da importância da saúde oral foi significativamente mais elevada (6,73 vs 4,79) em pacientes diabéticos com ensino superior ao invés daqueles que possuem o ensino primário. Também pacientes diabéticos com o ensino médio (88,9%) e ensino superior (81,6%) tinham uma maior consciência de que a diabetes e saúde oral estavam inter-relacionadas, ao invés dos pacientes que apresentavam o ensino primário como grau de escolaridade (75%), embora as diferenças não foram estatisticamente significativas.

A correlação entre a percepção da importância da saúde oral e o tempo de diagnóstico da diabetes não foi estatisticamente significativa, embora se verifique que tomou valores superiores quando o tempo de diagnóstico era menor. Os pacientes diabéticos com menos de 5 anos de diagnóstico da doença revelaram ter uma maior percepção do comprometimento da diabetes na saúde oral e vice-versa em relação aos pacientes com tempo de diagnóstico entre 5-10 anos.

Quando o diagnóstico da diabetes é realizado normalmente são dadas variadas informações para a instrução de cuidados a ter com a doença, com o objetivo de prevenir certas complicações, tanto sistémicas como orais. No entanto à medida que o tempo passa é necessário novas instruções e informações para ser mais fácil ao diabético que tem esta doença durante um longo período renovar conhecimentos. Por vezes existem certos fatores que podem ter reduzido a incorporação destas medidas de prevenção, como é o caso do padrão socioeconómico e cultural no qual a pessoa se encontra inserida. Também aspetos psicológicos podem estar envolvidos, uma vez que um paciente diabético de longa duração está mais suscetível a uma série de fatores que afetam a função cognitiva, como demência, depressão ou acidente vascular cerebral. A OMS refere mesmo que o tempo de diagnóstico da diabetes é um fator bastante importante, dado que detém uma relação negativa com a adesão ao tratamento proposto ao paciente diabético. À medida que avança o tempo após o diagnóstico da diabetes, menor vai ser a aderência ao tratamento (Faria, 2008; Murata et al., 2003; Pace et al., 2006).

VI. Conclusão

Com base nos objetivos que foram criados para esta investigação, ponderando as suas limitações, foram obtidos resultados através da análise estatística, descritiva e diferencial, que levaram às seguintes conclusões:

- Existe uma ligeira preponderância da diabetes no género masculino em relação ao feminino.

- A maioria dos pacientes diabéticos visitou o seu médico dentista no último ano.

- A maioria dos pacientes diabéticos descreveu a sua higiene oral como razoável, quase todos escovavam os dentes todos os dias, mas no caso do uso do fio dentário, escovagem também da língua e uso de um colutório, já não eram métodos tão comuns nos seus hábitos de higiene oral.

- Uma grande percentagem de pacientes portadores de DM considerou que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa.

- A perceção da importância da saúde oral e a consciência do seu impacto na diabetes e vice-versa foi maior no género masculino, embora não fosse estatisticamente significativa.

- Quanto maior a idade do paciente, menor a sua perceção da importância da saúde oral e seu comprometimento na diabetes e desta doença na saúde oral.

- O grau de escolaridade afetou a opinião dos pacientes diabéticos, sendo que os indivíduos com o ensino primário e médio tiveram uma menor compreensão da relevância da saúde oral e consciencialização de que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa.

- Os pacientes diabéticos com menor tempo de diagnóstico da doença tiveram uma maior perceção da importância da saúde oral e de que a diabetes pode comprometer a saúde oral, embora os resultados não fossem estatisticamente significativos.

Este estudo mostrou que parâmetros como a idade, o género, grau de escolaridade e tempo de diagnóstico da doença foram relevantes para o conhecimento do paciente diabético face à sua doença e suas manifestações e também para a compreensão da importância de uma boa saúde oral.

Os resultados obtidos apontam para um avanço na compreensão do impacto negativo que uma má saúde oral pode ter na DM, e que um mau controle glicêmico também pode afetar negativamente a saúde oral.

Devido a limitações presentes nesta investigação, seria interessante realizar no futuro novos estudos, que incluíssem uma amostra maior e um grupo de controle de pacientes não diabéticos, de modo a aprofundar os resultados obtidos neste estudo.

Cada ano que passa, maior é o número de pessoas diagnosticadas com DM e esses pacientes representam cada vez mais uma grande parcela dos indivíduos que procuram um médico dentista. Como esta doença tem a duração de uma vida é necessário consciencializar e atuar através de estratégias educacionais para promover uma boa saúde oral e mostrar o impacto que esta pode ter na doença do paciente diabético, sendo que o médico dentista pode assim contribuir para um melhor controle glicêmico através de terapêuticas que promovam uma boa saúde oral.

VII. Bibliografia

- Al-Habashneh, R., Barghout, N., Humbert, L., Khader, Y. & Alwaeli, H. (2010). Diabetes and oral health: doctors' knowledge, perception and practices. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16, 976–980.
- Allen, E. M., Ziada, H. M., O'Halloran, D., Clerehugh, V. & Allen, P. F. (2008). Attitudes, awareness and oral health-related quality of life in patients with diabetes. *Journal of Oral Rehabilitation*, 35, 218–223.
- Al-Maskari, A. Y., Al-Maskari, M. Y. & Al-Sudairy, S. (2011). Oral manifestations and complications of diabetes mellitus: A review. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 11(2), 179–186.
- American Diabetes Association (2010). Standards of medical care in diabetes-2010. *Diabetes Care*, 33, 11-61.
- American Diabetes Association. (2014). 2. Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*, 38, 8–16.
- Barasch, A., Safford, M. M., Litaker, M. S. & Gilbert, G. H. (2008). Risk factors for oral postoperative infection in patients with diabetes. *Spec Care Dentist*, 28(4), 159–166.
- Bascones-Martínez, A., González-Febles, J. & Sanz-Esporrín, J. (2014). Diabetes and periodontal disease. Review of the literature. *American Journal of Dentistry*, 27(2), 63–67.
- Bowyer, V., Sutcliffe, P., Ireland, R., Lindenmeyer, A., Gadsby, R., Graveney, M., ... Dale, J. (2011). Oral health awareness in adult patients with diabetes: a questionnaire study. *British Dental Journal*, 211, 1–5.
- Cadoret, C. A. & Garcia, R. I. (2014). Health disparities and the multicultural imperative. *Journal of Evidence-Based Dental Practice*, 14(1), 160–170.
- Chapple, I. L. C. & Genco, R. (2013). Diabetes and periodontal diseases: consensus report of the joint EFP/AAP workshop on periodontitis and systemic diseases. *Journal of Clinical Periodontology*, 40(1), 106–112.
- Chou, T. T. A., Ferreira, N. S., Kubo, C. H., Silva, E. G., Huhtala, F. R. L., Gonçalves, S. E. P. & Gomes, A. P. M. (2011). Avaliação do conhecimento e comportamento dos pacientes em tratamento odontológico em relação à cárie, doença periodontal e higiene bucal. *RPG Rev Pós Grad*, 18(3), 140–147.
- Côrte-Real, I. S., Figueiral, M. H. & Reis Campos, J. C. (2011). As doenças orais no idoso – Considerações gerais. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária E Cirurgia Maxilofacial*, 52(3), 175–180.

- Cuenca Sala, E. & Baca García, P. (2013). *Odontología preventiva y comunitaria - Principios, métodos y aplicaciones*. 4.^a edição. Barcelona:Elsevier Masson.
- Eldarrat, A. H. (2011). Diabetic patients: their knowledge and perception of oral health. *Libyan Journal of Medicine*, 6, 1–5.
- Esmeili, T., Ellison, J. & Walsh, M. M. (2010). Dentists' attitudes and practices related to diabetes in the dental setting. *Journal of Public Health Dentistry*, 70(4), 108–114.
- Faria, H. (2008). *Fatores Relacionados à Adesão do Paciente Diabético à Terapêutica Medicamentosa (Tese de Mestrado)*. Universidade de São Paulo, Brasil.
- International Diabetes Federation (2013). *IDF Diabetes Atlas*, 6th edn. Bruxelas: Bélgica: International Diabetes Federation, 2013. <http://www.idf.org/diabetesatlas>
- Gardete Correia, L., Boavida, J. M., Fragoso de Almeida, J., Ayala, M., Massano Cardoso, S., Soares, J., ... Raposo, J. (2014). *Diabetes: Factos e Números 2014 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Sociedade Portuguesa da Diabetologia.
- Gardete Correia, L., Boavida, J. M. & Raposo, J. F. (2009). *Diabetes Tipo 2 Um guia de apoio e orientação*. Lisboa: LIDEL.
- Goldenberg, R. & Punthakee, Z. (2013). Definition, classification and diagnosis of diabetes, prediabetes and metabolic syndrome. *Canadian Journal of Diabetes*, 37, 8–11.
- Gomes Pinto, V. (2013). *Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Santos Editora LTDA.
- Gross, J. L., Silveiro, S. P., Camargo, J. L., Reichet, A. J. & Azevedo, M. J. (2002). Diabetes melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 46(1), 709–717.
- Huang, S., Dang, H., Huynh, W., Sambrook, P. J. & Goss, A. N. (2013). The healing of dental extraction sockets in patients with type 2 diabetes on oral hypoglycaemics: A prospective cohort. *Australian Dental Journal*, 58, 89–93.
- Kerner, W. & Brückel, J. (2014). Definition, classification and diagnosis of diabetes mellitus. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*, 122, 384–386.
- Kidambi, S. & Patel, S. B. (2008). Diabetes mellitus - considerations for dentistry. *The Journal of the American Dental Association*, 139, 8–18.
- Krasteva, A., Panov, V., Krasteva, A., Kisselova, A. & Krastev, Z. (2011). Oral cavity and systemic diseases— diabetes mellitus. *Biotechnology & Biotechnological Equipment*, 25, 2183–2186.

- Kuzuya, T., Nakagawa, S., Satoh, J., Kanazawa, Y., Iwamoto, Y., Kobayashi, M., ... Kadowaki, T. (2002). Report of the committee on the classification and diagnostic criteria of diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 55, 65 – 85.
- Lamster, I. B., Lalla, E., Borgnakke, W. S. & Taylor, G. W. (2008). The relationship between oral health and diabetes mellitus. *Journal of the American Dental Association*, 139, 19–24.
- Marcondes, J. A. M. (2003). Diabete Melito : fisiopatologia e tratamento. *Revista Da Faculdade de Ciências Médicas D Sorocaba*, 5(1), 18–26.
- Moore, P. A., Orchard, T., Guggenheimer, J. & Weyant, R. J. (2000). Diabetes and oral health promotion: a survey of disease prevention behaviors. *The Journal of the American Dental Association*, 131, 1333–1341.
- Murata, G. H., Shah, J. H., Adam, K. D., Wendel, C. S., Bokhari, S. U., Solvas, P. a., ... Duckworth, W. C. (2003). Factors affecting diabetes knowledge in Type 2 diabetic veterans. *Diabetologia*, 46, 1170–1178.
- Novotna, M., Podzimek, S., Broukal, Z., Lencova, E. & Duskova, J. (2015). Periodontal diseases and dental caries in children with type 1 diabetes mellitus. *Mediators of Inflammation*, 2015, 2–8.
- Pace, A. E., Ochoa-Vigo, K., Caliri, M. H. L. & Fernandes, A. P. M. (2006). O conhecimento da diabetes mellitus no processo de autocuidado. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 14(5), 1–7.
- Palmieri, J. J. & Stern, T. A. (2009). Lies in the doctor-patient relationship. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 11(4), 163–168.
- Paty, B. W., Koh, A. & Senior, P. (2013). Pancreas and islet transplantations. *Canadian Journal of Diabetes*, 37, 94–96.
- Pimenta Paçô, M. T. (2014). *Avaliação do impacto da saúde oral em utentes diabéticos com idade superior ou igual a 65 anos (Tese de Mestrado)*. Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde, Portugal.
- Pires, I. (2009). *A Influência da Saúde Oral na Qualidade de Vida (Tese de Doutaramento)*. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Portugal.
- Preshaw, P. M., Alba, A. L., Herrera, D., Jepsen, S., Konstantinidis, A., Makrilakis, K. & Taylor, R. (2011). Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia*, 55, 21–31.
- Sabbahi, D. A., Lawrence, H. P., Limeback, H. & Rootman, I. (2009). Development and evaluation of an oral health literacy instrument for adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 37, 451–462.

- Silva, I., Meneses, R. F. & Silveira, A. (2007). Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral. *Revista Da Faculdade de Ciências Humanas E Sociais*, 4, 264–274.
- Souza Bastos, A., Leite, A. R. P., Spin-Neto, R., Nassar, P. O., Massucato, E. M. S. & Orrico, S. R. P. (2011). Diabetes mellitus and oral mucosa alterations: prevalence and risk factors. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 92, 100–105.
- Stanko, P. & Holla, L. I. (2014). Bidirectional association between diabetes mellitus and inflammatory periodontal disease. A review. *Biomedical Papers of the Medical Faculty of the University Palacký, Olomouc, Czech Repub.*, 158(1), 35–38.
- Terra, B. G., Goulart, R. R. & Bavaresco, C. S. (2010). O cuidado do paciente odontológico portador de diabetes mellitus tipo 1 e 2 na Atenção Primária à Saúde, 1–31.
- Unfer, B. & Saliba, O. (2000). Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Journal of Public Health*, 34(2), 190–195.
- Watt, R. G., Listl, S., Peres, M. & Heilmann, A. (2015). *Social inequalities in oral health : from evidence to action*. London: ICOHIRP.
- Yuen, H. K., Wolf, B. J., Bandyopadhyay, D., Magruder, K. M., Salinas, C. F. & London, S. D. (2009). Oral health knowledge and behavior among adults with diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 86(3), 239–46.

Anexo 1



no

Ex.ma Senhora
Inês Neto dos Santos

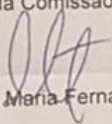
Monte de Caparica, 24 de março de 2015

Ex.ma Senhora,

Venho comunicar-lhe que o Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado *"Perceção da importância da saúde oral por um paciente diabético"*, foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz


Prof.ª Doutora Maria Fernanda de Mesquita

c.c. – Prof.ª Doutora Guilhermina Moutinho

EGAS MONIZ – COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR, CRL
Campus Universitário – Quinta da Granja – Monte de Caparica
2829-511 Caparica

Anexo 2



Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17_02

Monte de Caparica, ____ de _____ de 2015

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do curso de Medicina Dentária na Unidade Curricular de Orientação de Projecto Final do(a) Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, sob a orientação do(a) Professor(a) Doutor(a) Guilhermina Moutinho, solicita-se autorização para a participação no estudo "Percepção da importância da saúde oral por um paciente diabético" com o objetivo de avaliar os conhecimentos que os pacientes diabéticos têm sobre a saúde oral e a sua influência na diabetes.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo(s) orientador(es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)

Anexo 3

Questionário

Variáveis sócio demográficas

1- Idade: ____ anos

2- Género:

☐ F

☐ M

3- Diga qual o seu grau de escolaridade.

☐ Sem escolaridade

☐ Ensino Primário

☐ Ensino Médio

☐ Ensino Universitário ou equivalente

4 - Naturalidade

☐ Portugal

☐ Estrangeiro

5 – Situação Profissional

☐ No ativo

☐ Reformado

☐ Desempregado

☐ Não respondeu

6 - Rendimento Mensal

☐ Abaixo do salário mínimo

☐ Igual ao salário mínimo

☐ Superior ao salário mínimo

☐ Não respondeu

Variáveis relacionadas com a saúde oral

7-Quando foi a ultima visita ao médico dentista?

☐ No ultimo ano

☐ Nos últimos dois anos

☐ Nos últimos 5 anos

☐ Não se recorda

☐ Não respondeu

8-Qual o motivo da visita ao médico dentista?

☐ Revisão

☐ Tratamentos de rotina

☐ Tratamentos de urgência

☐ Não se recorda

☐ Não respondeu

9- Tem dentes naturais?

☐ Sim, todos

☐ Sim, alguns

☐ Não

10- No caso de ausência de dentes, perdeu antes ou depois do diagnóstico da diabetes?

- ☐ Antes do diagnóstico da diabetes
- ☐ Depois do diagnóstico da diabetes
- ☐ Não me recordo

11- Usa prótese dentária?

- ☐ Sim
- ☐ Não

12- Alguma vez teve as gengivas inflamadas (avermelhadas), a doer e/ ou a sangrar?

- ☐ Não
- ☐ Sim, às vezes
- ☐ Sim, quase sempre
- ☐ Sim, sempre

13- Como avalia a condição da sua boca?

- ☐ Excelente
- ☐ Muito boa
- ☐ Boa
- ☐ Fraca
- ☐ Muito Fraca
- ☐ Não respondeu

Variáveis relacionadas cuidados de higiene

14- Considera-se informado sobre higiene oral/saúde oral?

- ☐ Muito
- ☐ Razoável
- ☐ Pouco
- ☐ Nada

15- Escova os dentes todos os dias?

- ☐ Sim
- ☐ Não

16- Além de escovar os dentes, escova também a língua?

- ☐ Sim
- ☐ Não

17- Além da pasta de dentes também usa um elixir?

- ☐ Sim
- ☐ Não

18- Costuma utilizar o fio dentário?

- ☐ Não
- ☐ Sim, às vezes
- ☐ Sim, diariamente

19- Como descreve a sua higiene oral?

- ☐ Muito boa
- ☐ Boa
- ☐ Razoável
- ☐ Má

Variáveis relacionadas com a diabetes

20- Há quanto tempo é diabético(a)?

_____ anos

21- Qual é o tratamento que faz para a diabetes?

- ☐ Dieta e exercício físico sem recurso a fármacos
- ☐ Insulina
- ☐ Antidiabético oral
- ☐ Antidiabético oral e insulina

22- Como monitoriza a sua Glicémia?

- ☐ Apenas diariamente com glucómetros portáteis
- ☐ Diariamente com glicofitas ou com glucómetros portáteis e regularmente avaliação laboratorial da glicémia
- ☐ Diariamente com glicofitas ou com glucómetros portáteis e regularmente avaliação laboratorial da glicémia e da HbA1c

23- Considera que a diabetes pode comprometer a saúde oral e vice-versa (saúde oral compromete o controle da diabetes)?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe